



# 全日病 21世紀の医療を考える全日病 2006 ニュース11/15

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/佐々英達  
〒110-8378 東京都千代田区三崎町  
3-7-12 清国会ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.652 2006/11/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「病院のあり方報告書2006年版」を承認

## 医療・介護提供で踏み込んだ考え

### 在宅医療・専門医資格制度等に新しい提言

11月2日に開かれた第8回常任理事会は、病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)が作成した「病院のあり方報告書 2006年版(要約)」にもとづいて、同報告書を、全日病の病院経営および医療提供体制等に関する分析・提言をまとめた基本文書として承認した。「病院のあり方報告書 2006年版(要約)」は、11月3日、4日に徳島市で開催された第48回全日本病院学会で全来場者に配布された。

「病院のあり方報告書 2006年版」は、2004年版における基本的な病院のあり方、医療の質向上の考えをさらに精緻化するとともに医療・介護提供に関連した在宅医療の仕組み、専門医の資格制度、介護施設のあり方、終末期医療の考え方などについて、新たな論述と問題提起を付加した。

病院のあり方委員会は、年内をめどに本篇記述の精緻化を図り、全会員および厚労省、関係団体への公表を行なうが、執行部は、2006年版に盛り込まれた諸提言の実現に向けた活動を、2007年度事業計画に盛り込む考えだ。(4・5面に要約版の抜粋を掲載。6面に徳田委員長による概要報告を掲載)

### 「終末期医療」にガイドラインを提案

2年ごとに内容を書き改めてきた「病院のあり方報告書」は、2002年版以降、秋に開かれる全日本病院学会で公表するという日程でまとめられ、直前の理事会で承認を得てきた。

常任理事会で、徳田委員長は、大がかりな制度変更によって分析の対象が多岐にわたるとともに、評価・判断の明確化が求められる論点が増えるなど

議論の集約に例年以上の時間を要したため、2006年版記述の最終確定に、なお、猶予が必要であることを説明した。

他方で、全日病学会に参加する会員病院の職員、本会以外の人々、報道関係者に浸透を図ることが極めて重要なことから、あえて「要約版」の完成を先行させたことを説明、理解を求めた。

その上で、「本篇」は掲載資料を含め

原文で130頁以上に及ぶという見通しを示した。

先行してまとめられた「要約版」は16頁に抑えた。

2006年版は、まず、在宅医療に関する具体的な提起を行なった。比較的軽症の慢性疾患患者だけでなく、今後は、より医療密度の高い患者、終末期の患者に対する在宅医療提供の仕組みを整備する必要があるというのが主旨である。

また、プライマリケア医を初めとする専門医資格と研修制度を取り上げ、とくに、専門医資格に関しては、資格更新を含む提言を行なった。

2006年版は、亜急性期の定義を明確にし、「post acute」患者中心の現行入院医療に、今後は、「sub acute」患者の受け入れにも対応することを想定すべきであると提起し、「地域一般病棟の需要はますます増大する」と論じた。

「慢性期入院医療のあり方」については04年版の考え方を継承し、「介護が主体の利用者は介護保険施設あるいは居宅療養に移行される必要がある」という認識をあらためて記述した。ただ

し、医療区分の導入には賛成するものの、当該診療報酬点数には非常に大きな問題があるという見解を表明した。

2006年版は、また、入院医療で要介護者に提供されている介護を取り上げ、介護保険で評価されるべきと提言している。一方で、介護施設で提供される医療、看護、リハなどを付加的な機能として位置づけ、それぞれの機能に応じた報酬を医療保険から支払うべきとして、相互に「二本立て」となる保険給付の仕組みを提起している。

さらに、急性期、慢性期、在宅、介護に至る継続的ケアを担保する機能として、04年版で論じたケア・コーディネーションに言及し、その機能を果たす職種の確立と養成にまで踏み込んだ提案を盛り込んだ。

また、「終末期医療」について独立章を設け、法的規制ではなく、医療人と患者・家族のインフォームドコンセントに拠ったガイドラインの策定を提言している。

## 医療区分にスコア制導入の提案も

徳島学会 後藤田議員が医療施策の枠組みを否定。意識改革を迫る

「民間病院の明日を拓く、めざせ平成のルネッサンス」をテーマに掲げた第48回全日本病院学会徳島大会(徳島県支部主催・手束昭胤学会長)は、11月3日・4日に徳島市で開催された。

史上最大のマイナス改定に加え、療養病床再編に向けた施策が実行に移され、看護部争奪戦が激化するなど、かつてなく深刻な環境にありながら、全国の会員病院からコメディカルや事務職を含む延1,700人が参加。一般演題の登録数も220件を超えた。

開会式には、唐澤祥人日本医師会長とともに飯泉嘉門徳島県知事、原秀樹徳島市長が来賓として出席し、祝辞を寄せた。(詳細は8面に掲載)

徳島学会は、テーマに即した充実したプログラムのもと、政府が進める財政主導の医療構造改革を検証し、現行政策の転換や新たな制度・施策を提起するとともに、民間病院により質の高い医療と経営を求める、まさに、地域医療と病院経営の明日に展望を見出す発表や提言に溢れた中身の濃いものとなった。

また、来場者全員に、「病院のあり方に関する報告書2006年版(要約)」が配

付された。

特別講演で唐澤祥人日本医師会長は、療養病床再編に触れ、「医療区分1は現場の実態をまったく把握せずにつくられた。今、在宅ですべて事足りるという環境にはない。しっかりとした予測、環境整備、将来像がなければならない」と、政府の拙速ぶりを批判した。

一方、医療の将来像として、病院専門医にプライマリケア医を育てる役割を期待し、それが、地域医療の質を高め、「専門医療を担う病院医師の負担を減らすことになる」と断言した。

衆議院議員2名による討論会では、後



藤田正純氏(自民党)が、「中医協のあり方を含む医療制度全般の意思決定プロセスを考え直さないとならない時期にきている」と指摘。「今、いかに医療費を削るべきかが議論されているが、いかにあるべき医療をつくるか、そのためにどう財源を確保すべきかを話し合わなければならない」と現行医療施

策の枠組みを否定してみせ、医師会や医療団体に意識改革を迫った。

国立病院機構、自治体病院、民間病院の3者が顔を揃えたシンポジウム「病院の明日を拓く」で、赤穂市民病院の邊見公雄院長は「民間病院以上に苦しい経営環境で、市民の期待に応える医療を提供するためにいかに工夫と努力を重ねているかを披露。医療構造改革で民間病院とともに苦境に立たされている自治体病院の苦渋をのぞかせた。

療養病床削減をテーマとしたシンポジウムで、シンポジストの1人医療法人永生会安藤理事長(当協会副会長)は、療養病床入院基本料2が実施された結果当該病棟の収入は18.4%のマイナスとなったことを報告した。また、自院療養病棟のデータから「区分1患者の1/3~1/4に医療が必要である」と指摘し、正確な分類のためには各種指標を用いてスコア化する必要があると提起した。

## 病院の機能情報は56項目。詳細は多岐に

医療機能情報公表制度 都道府県公表の医療機関情報リスト決まる

10月31日の「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」は、都道府県が各医療機関の機能情報をネット上で提供する「医療機能情報公表制度」で、医療機関に報告義務を課す56項目(病院)からなる「一定の情報」案と同制度の実施要領案を了承した。

表記内容について一部修正を加えた後、パブリックコメントを経て、12月早々に告示・省令として公示する。

「医療機能情報公表制度」は2007年4月1日に施行されるが、初年度は、病院名や住所などの基幹情報のみでもよく、完全実施は08年度からとなる。

ネット上で情報提供する都道府県の義務が最大1年間猶予されるわけだが、医療機関による完全報告は07年度中に開始される。したがって、都道府県は、それぞれの準備状況に応じて本格的な情報提供をスタートさせることになる。(7面に情報項目の詳細)

### 清話抄

「第48回全日病学会徳島大会旅日記」

飛行機を降りて空港を出ると、そこは徳島だった。初めての徳島だったが、空は青く気持ちよかった。大好きな沖縄の空に似ていて嬉しかった。

バスに乗って大塚国際美術館に行った。名画の複製を集めた美術館とはどんなものだろう。入ってすぐに「シス

ティーナ礼拝堂」の壁画を見て感動した。これらが陶板というのを知ってびっくりした。広い館内を時間を忘れて絵を見て回った。

それからバスに乗り、「うず潮」を見に行った。運転手さんに勧められて小さい船に乗った。次から次にできてくるうず潮を目の前に見て、「ついにあの有名な渦の本物を見た」と思った。本当はもう少し大きいものかと思っていたので、少し残念だった。

夕食を食べようとタクシーに乗った。ガイドブックに出ているお店を言ったら、「もっと安くてうまい店はある」と幾つか教えてくれた。夕食を終えてホテルに着いたら、懇親会はお開きになっていた。

恒例のヤングフォーラム2次会へ参加した。たくさんの人で熱気ムンムンだった。東京のK先生が阿波踊りで名取りになったと聞いた。見れなくて残念と思っていたら、踊って見せてくれた。

翌日の学会は大勢の参加者で賑わっていたが、私は、午後の発表準備ができていないために参加できなかった。自分の発表のとき、会場に人が少ないようで寂しかった。

その夜は居酒屋「とくさん」で打ち上げをした。潰瘍なのに「すだち酎」を飲んで「クエ鍋」を食べた。とてもおいしかった。

とても良かった徳島大会だった。来年の秋田も楽しみだ。(内)

# 主張

## 療養病床は「より病院らしく」ならなければならない

療養病床の再編が始まった。将来、療養病床は医療療養病床だけとなるので、今後は、より医療の充実した病院として再構築してゆく必要がある。

当然、現在の医療区分の見直しは必要である。また、医療区分の項目の内容は、いわゆる重急性の状態やICUのような状態も含まれており、重急性期入院医療との整合性を計りながら、それぞれのあり方を検討していかなければならない。

2006年10月5日、厚生労働省は75歳以上の「後期高齢者」の診療報酬の見直しの検討を始めた。包括払い制の

拡大をめざし、2007年3月をめどに基本方針を決めるという。

また、現在の外来・入院の報酬に加え、看護や介護と連携した在宅医療サービスの普及を促す報酬の議論をすることになっている。

この逆境を契機に、療養病床は機能分化を進めてゆく必要がある。今まで以上に病院らしくあり続けなければならない。そのためには病院部分の充実、住まいの機能の分離などを図り、効率的で安全な質の良いサービスの提供を真剣に考えなければいけない時に来ている。

高齢者の生活や人生を見すえ、医師をはじめとした多くのスタッフがチーム医療を行うことは療養病床の得意とするところであり、我々医療人の使命である。また、療養病床の医師には広く総合的な診断能力も求められている。

急性期医療を支えるのはこのような療養病床の力が大きく、療養病床なくして急性期医療は成り立たない。また、職員が生きがいを見つけ、職場に誇りを持てるように導く必要がある。職員の満足なしに、決して良い医療やケアはできない。

療養病床の患者は、今、失われようとしている日本のよい文化、食習慣、緑に満ちた自然、自然をうたった歌などに慣れ親しんでいる。この文化を医療従事者は学び理解しなければ真のケアはできない。

決してケアする側の文化や価値観を押しつけてはいけない。医療従事者は、良い日本の習慣や文化を後世に伝えてゆかなければならない立場にもある。安倍総理は、美しい国、日本を目指している。医療も美しくなければならぬ。(K)

## 来年秋に圏域ごと医療連携体制の協議を終了

医療構造改革  
都道府県会議

### 2008年度医療費適正化計画に向け都道府県作業課題を整理

厚生労働省は11月6日、「第1回医療構造改革に係る都道府県会議」を開き、2008年度から本格的に始まる医療制度改革で都道府県が果たす作業課題について、詳細な説明を行なった。

軸となる医療費適正化計画について、厚労省は、健康増進計画、医療計画、地域ケア整備構想と関連づけた2008年4月にいたる全体の工程を示す

とともに、医師確保対策および高齢者医療制度を含めた諸施策を連動させた、四半期ごとの作業日程と各領域ごとの詳細な作業項目一覧を提示。各都道府県が関連部局一体となり、整合性を確保した作業を進めるよう求めた。

また、厚労省は、08年4月から義務化される特定健診・特定保健指導に関する詳細なQ&Aを提示した。

る適正化計画の見直しの算出  
・地域・職域連携推進協議会において、各実施主体ごとの計画案を踏まえた目標等の決定、役割分担、連携方策等の議論(健康増進計画)  
・(初秋)医療連携体制についての協議を終了(医療計画)

・計画に位置づける目標値の設定、達成方策の検討(医療計画)

●08年4月  
・第1期都道府県医療費適正化計画(08年～12年度)の策定

・新しい都道府県健康増進計画(08年～12年度)の策定

・新しい都道府県医療計画(08年～12年度)の策定

・国による特定健康診査・特定保健指導基本指針の策定、保険者による特定健診・特定保健指導実施計画(08年～12年度)の施行

・後期高齢者医療制度の創設

●09年4月

・第4期介護保険事業支援計画(09年～11年度)の施行

### 医療費適正化対策等にかかる都道府県の今後の取り組み(抜粋)

#### ●06年9～12月

- ・(11月)国による医療計画見直しの基本方針提示
- ・療養病床を有する医療機関に対するアンケート調査(10月1日時点)
- ・保険者に対する特定健診等に関する説明・情報交換(医療費適正化対策)
- ・健康・栄養調査の実施(健康増進計画)
- ・医療機能調査の実施(医療計画)
- ・小児科・産科に関する集約化・重点化計画の策定

#### ●07年1～3月

- ・医療費の現状分析(医療費適正化対策)
- ・(2月)医療区分分布調査結果、中医協慢性期分科会の取りまとめ結果を踏まえた補正後の分布状況の公表
- ・2011年度末までの介護ニーズを推計、今後の整備方針を検討(地域ケア整備構想)
- ・中長期的な介護ニーズとサービス供給の将来推計を行ない、対応方策を検討(地域ケア整備構想)
- ・(2月)療養病床アンケート調査まとめ(国・都道府県)
- ・(3月)国における地域ケア整備指針の策定、第4期計画の参酌標準の基本的考えと地域ケア整備構想のモデルプラン提示

- ・地域・職域連携推進協議会の設置(健康増進計画)
- ・医療連携体制の構築に向けた圏域ごとの関係者協議の開始(過剰な医療機能や不足している医療機能の把握)

#### ●07年4～9月

- ・医療費適正化計画策定作業の開始
- ・2011年度末までの年次別、圏域別の療養病床転換見込みを整理し、財政試算を実施
- ・地域ケア整備構想の原案作成作業の開始。夏以降に策定。\*療養病床の再編成については、この構想に定められた内容を、第1期医療費適正化計画、医療計画、第4期介護保険事業支援計画に反映させる
- ・市町村、関係団体等との最終的な調整(地域ケア整備構想)
- ・健康増進計画改定作業の開始
- ・(夏～秋頃)地域ケア整備構想の策定
- ・(初秋)事業ごと・圏域ごとの医療連携体制に関する協議を終了
- ・(初秋)医療計画に定める数値目標の設定及び達成方策の検討

#### ●07年10月～08年3月

- ・特定健診等の目標値およびそれによる医療費適正化計画の提出(医療費適正化対策)
- ・療養病床数の目標値およびそれによ

## 意見記入が基調。異例の病院長対象調査票

06年度慢性期調査 実施概要を了承。区分2・3に追加すべき項目もたずねる

11月10日の診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会は、2006年度調査実施の概要を了承した。

調査実施の概要は、前回、9月13日の分科会が了承した6点の検証テーマに、新たに、「患者および施設の介護への移行の状況」が加えられた。

7点からなる調査項目は前回と変わらない。ただし、調査票として、「病院長に対する基本事項に関する調査」が追加された。

内容は、患者分類・医療区分に対する評価、医療療養病床の役割(意見)、包括評価導入に伴う対応、療養病床の転換意向等からなる。

区分2・3に追加すべき項目を書き込む設問も設けられた。意見の書き込みを基調にした、異例の調査票となった。

調査対象は医療保険、介護保険の療養病床で、前回調査並みの90病院を予定している。調査基準日を11月末日に設定。年度内の報告を予定している。

医療系委員からは、医療区分1の概

念を中心に、調査方針の確認を求める意見が続出した。患者分類を作成する過程で、医療区分1は2・3以外の処置・状態像とされたが、各委員には、「医療提供が必要という認識にもとづいてその区分概念を受け入れたところ、1は医療が必要ではないという解釈に変わり、1はすべて介護保険が適当とみなされた」という不満が強い。

また、区分けにあたって重視された「医師による直接医療提供頻度」のレベル選択も、「24時間医師が常駐する病院という環境を前提とした判断である」として、その拡大解釈に強い違和感を感じている。

激しい意見に事務局は説明に窮し、しばしば原医療課長が答弁を代わったほどだ。

「調査項目の表現を改めるべき」という案も出たが、今回調査の目的の1つが前回調査との変化を探ることにあることから、設問の表記内容に変更を加えないことで基本的に合意した。

## 全日病厚生会 病院総合補償制度に

# 「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会  
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは...

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588



# 「安楽死」、法制化とガイドラインがほぼ拮抗

終末期医療に関するアンケート

生命維持の処置、家族対象の希望割合は自身の場合の2～3倍増

病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)は、11月2日の第8回常任理事会に「終末期医療に関するアンケート」結果を報告した。

7月に当協会役員59病院に調査票を配付、各病院、病院職員10名(医師3名・看護職員3名・それ以外4名)および外来患者10名(20歳以上)を対象とした。

その結果、47病院から回答を得た(回答率79.7%)。内訳は、医療従事者461名、外来患者429名であった。

組織的な取り組みを行っている病院は、緩和ケアが14.9%、終末期医療が27.7%、リビング・ウィルが14.9%にとどまった。また、42.6%が在宅の看取りを行なうか実施診療所を支援している。

回復見込みのない高齢者に対する生命を維持する処置を、自分自身に希望する者は医療従事者7.8%、外来患者8.4%であった。

「希望しない」という回答は医療従事者の72.9%、外来患者の68.5%に達した。「わからない」が医療従事者で19.3%、外来患者は23.1%もあった。

同様の処置を家族に希望するのは医療従事者19.7%、外来患者25.4%と、ともに約3倍に増えた。

「希望しない」は医療従事者47.6%、外来患者38.7%と大きく減り、「わからない」

が医療従事者32.5%、外来患者35.4%と大きく増えた。

同様に蘇生術については、「自分自身には希望する」は医療従事者3.9%、外来患者10.5%であった。「希望しない」は医療従事者の88.9%、外来患者の73.7%に達した。

「わからない」という回答は医療従事者7.2%、外来患者13.5%と大きく減っている。

これが、家族が対象となると、「希望する」者の割合は医療従事者7.6%、外来患者20.7%と、ともに自分自身に対する場合から倍増した。

「希望しない」は医療従事者70.9%、外来患者48.5%。いずれも自分自身に対する場合よりも大きく減った。「わからない」は医療従事者21.5%、外来患者28.0%。

生前の意思表示(リビング・ウィル)を「文章にしてある」「家族に口頭で伝えてある」「病院に伝えてある」と答えた人の合計割合は医療従事者30.6%、外来患者27.6%。ただし、「文章にしてある」人は医療従事者1.3%、外来患者2.3%と非常に少ない。

積極的安楽死については、医療従事者では、「行なうべきではない」28.1%、「法制化」27.5%、「ガイドラインが必要」25.8%と拮抗した。

外来患者では「行なうべきではない」が11.1%と低く、「法制化」(22.7%)と「ガイドライン」(22.0%)が拮抗した。「わからない」が24.5%と多かった。

「医師が職業倫理に基づいて行えばよい」と答えた者は、医療従事者は4.4%に過ぎないが、外来患者では13.4%と

増える。

消極的安楽死になると、医療従事者で「行なうべきでない」は2.1%に激減。「ガイドライン」(39.0%)と「法制化」(30.1%)はともに増え、かつ、拮抗した。外来患者でも概ね同様の傾向だが、「行なうべきでない」が5.3%と半減した。

■「積極的安楽死」に対する回答(単位%)

	国による法制化	ガイドラインの策定	医師倫理にもとづく対応	積極的安楽死は行なうべきではない
医療従事者(回答数477)				
医師	25.6	23.3	3.8	41.4
看護師	25.6	25.0	4.3	27.4
全体	27.5	25.8	4.4	28.1
外来患者(回答数441)				
男性	23.7	24.7	14.1	14.6
女性	21.8	19.8	12.8	8.2
全体	22.7	22.0	13.4	11.1

※複数回答あり。「わからない」「その他」および未回答については省略した。

■「消極的安楽死」に対する回答(単位%)

	国による法制化	ガイドラインの策定	医師倫理にもとづく対応	消極的安楽死は行なうべきではない
医療従事者(回答数485)				
医師	33.3	39.3	19.3	1.5
看護師	23.8	41.1	18.5	2.4
全体	30.1	39.0	15.1	2.1
外来患者(回答数438)				
男性	23.0	27.0	14.3	7.1
女性	22.3	20.2	14.9	3.7
全体	22.6	23.3	14.6	5.3

※複数回答あり。「わからない」「その他」および未回答については省略した。

## メリーランド州病院協会との共同研究が進む

IQIP-Japan データ提供2期目を終える。未参加病院交え研究会



アメリカのメリーランド州病院協会が国際的に展開する、臨床指標を用いた医療の質向上活動(IQIP)に、わが国で独自に診療アウトカム事業に取り組む全日病から5会員病院が参加、両事業間のデータ比較やノウハウ交流等を図る共同研究が、2006年4月～08年3月の期間をめどに進められている。

日本側(IQIP-Japan)は今年1月にプロジェクトコーディネーターをアメリカに派遣、IQIPの考え方、各臨床指標の説明、データ入力・出力に関する技術的説明などのレクチャーを受けた後、参加病院の体制を整え、06年4-6月期を1回目とする四半期ごとデータ

の提供を始めた。

1回目のデータに関する分析結果はすでに各参加病院に還元されており、2回目(7-9月期)のレポートも11月内には報告される予定である。

4-6月期データのレポート発行を機に、参加病院は10月5日に東京都内で「IQIP-Japan研究会」を開催、同事業を円滑に推進するための技術的な打ち合わせを行なうとともに、IQIP実施機関から国際部門担当ニコラス・マッテス博士を招いて講演会を行なった。

「IQIP-Japan研究会」およびニコラス・マッテス博士の講演には、「IQIP-Japan」に参加していない会員も4病院参加した。

IQIP-Japanプロジェクトコーディネーターの村井はるか氏(河北総合病院)に報告をお願いした。

### IQIP-Japan研究会の報告

## IQIPの考え方とアメリカ医療政策の最新動向を学ぶ

「国際的な質向上活動(IQIP)」参加病院が研究会と講演会

河北総合病院 診療情報管理室 村井はるか

全日本病院協会は、アメリカメリーランド州病院協会CPS(Center for Performance Sciences)が行っている国際的な質向上活動IQIP(International Quality Indicator Project: 臨床指標を用いた医療状況の測定から医療の質向上の機会を見つける国際プロジェクト)に、2006年4月より日本から参加した5病院の取りまとめ窓口となっている。

このほど第1回の調査結果がまとまり、

### IQIPの考え方 パフォーマンス=質ではない

IQIPでは臨床指標を用いて病院のパフォーマンスを測定する。

パフォーマンスを測定する指標を有し、各病院の医療内容について測定したデータを有することは、医療の質向

上にはきわめて重要である。しかし、測定結果の解釈には、その国の医療状況、文化など背景要因を考慮すべきであり、パフォーマンス=質という単純な関係ではないことに注意する必要がある。

現在用いている臨床指標は表に示す16項目である。

### 評価指標

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. ICUにおけるデバイス<br>の使用/関連した感染 | 10. 予定しない手術室への再<br>入室                     |
| 2. 手術創の感染/抗生物<br>質の予防的投与     | 11. CABGによる周術期の<br>死亡率                    |
| 3. 入院死亡率                     | 12. 物理的抑制                                 |
| 4. 新生児死亡率                    | 13. 転倒、転落(記録された<br>もの)                    |
| 5. 周術期死亡率                    | 14. 鎮静剤、鎮痛剤の使用                            |
| 6. 帝王切開と分娩管理                 | 15. 褥瘡                                    |
| 7. 予定しない再入院                  | 16. 術後の深部静脈血栓症と<br>肺血栓性塞栓症/手術に<br>対する血栓予防 |
| 8. 外来処置後の予定しない<br>再入院        |   |
| 9. 予定しないICUへの再<br>入室         |   |

ある。

測定を通じて、プロセスの中でばらついているものを理解する、プロセスを長期にわたってモニターする、プロセスの中で変更(改善)したものの効果を見る、ことが可能となる。

### レポートの活用方法 他病院との比較。成果の数値化

各病院から提供されたデータは3ヶ月ごとに集計されフィードバックレポートがウェブサイトを通じて入手可能となる。

CPSから提供されるツールとしては、時系列的にトレンドをみるグラフ、コントロールチャート(報告開始12ヶ月後から作成可能)、四半期ごとの報告書、参加病院全体との比較、ピアグループレポ

ート(退院患者数、臨床研修病院等、同類の特徴を持つ病院間で比較すること)などがある。

自院のパフォーマンスの時系列的推移とグループとの比較をすることにより、質向上に取り組む優先順位を決め、取り組みの成果を数値で測ることができる。

### アメリカの動向 診療報酬評価に質の測定を採用

アメリカでは1985年に、自発的な取り組みとして質の測定が始まった。今では、種々の目的に臨床指標を用いたパフォーマンス測定が用いられている。

JCAHO(病院機能評価団体)は1998年にパフォーマンス測定システムORYXを導入し、2004年からは、CMS(メディケア、メディケイドの運営センター)が

各病院に情報提供を要求し、提供しない病院に対しては診療報酬の0.4%減額を行っている。

アメリカで導入が検討されている「医療の質に基づく支払い」(P4P: Pay for Performance)においても、臨床指標に基づくパフォーマンス測定は重要な役割を担うことが期待されている。

### IQIP今後の活動 既存臨床指標のグループ化を図る

IQIPは今後も新しい臨床指標の開発とともに従来の指標を統合し、疾患別、ケアプロセスの観点から既存の臨床指標のグループ化を図る予定である。

疾患の例としては、急性心筋梗塞、心不全、肺炎がある。現在は疾患別になっていない死亡率、予定しない再入院率、ICUへの再入室、予定しない救急の利用についても、疾患別に細分される予

定である。

手術も結腸、直腸の手術など術式毎の感染症発生率、予防的抗生剤利用などに細分化される予定である。その他に救急部のパフォーマンスや患者安全なども取り入れ、より包括的かつ実践的なものとするにより、病院へのフィードバックを有用なものとするのが期待される。

### IQIP-Japan 未参加病院の参加を期待

IQIP-Japanは、IQIPとの共同研究に参加する病院が増えることを期待してい

る。参加を希望する会員病院は、全日病事務局にお問い合わせいただきたい。

# 継続的ケアにケア・コーディネーターの役割を提唱

## 医療密度の高い患者、終末期の患者に在宅医療を提供する仕組みが必要

「病院のあり方に関する報告書2006年版(要約)」抜粋 ※1面記事、6面徳田委員長解説を参照

### 第1章 病院の基本的あり方 (省略)

### 第2章 医療の質向上 (省略)

### 第3章 医療提供のあり方と診療報酬

#### 1. 医療制度改革および医療保険制度改革の概括

2006年6月に、第5次医療法改正となる「医療法等一部改正法案」と医療保険制度に関する「健康保険法等一部改正法案」が成立した。

本来、医療制度や医療保険制度を検討するにあたっては、質・アクセス・効率の面からあるべき姿を明確にし、その提供を担保する仕組みと必要な資源を明らかにする必要がある。しかし、今回の改革においては医療給付費削減が優先され、その他の事項は二義的な役割が与えられた感があり、問題である。

一方で、都道府県の役割を明確にしたことは評価される。しかし、都道府県に医療分野の政策立案の経験が乏しいことから、担当職員に対する教育研修を実施し、地域の医療機関と都道府県との連絡協議の場を創設することが、まず必要である。

全日病はこれらの活動を支援する予定である。

#### 2. 医療提供のあり方

##### (1) 外来機能のあり方

全日病の「医療提供体制のあり方」の基本的な考え方は、「外来医療と入院医療を機能によって細分化し、その組み合わせは地域の状況などにもとづいて医療機関が自ら決めることにより、総体として機能分化と連携を推進する」というものである。

本報告書においてはこれまで、外来機能は、疾患特性の面からは、①急性疾患外来、②慢性疾患外来、③専門疾患外来、④救急外来へと分化すべきであり、患者の視点に立った効率的なアクセス確保という点からは、①プライマリケア機能、②専門医療機能、③コンサルテーション機能、④救急機能に分化し、各施設がもつ機能を積極的に情報提供することによって患者の誘導を図るべし、と提言してきた。

2004年版では医師の位置づけにも言及し、新たに「主治医制」を提唱した。

「主治医」は日常の一般的な診療を行う医師であり、主に診療所や地域に特化した中小病院の医師がこれに当たるが、その選択・変更は患者が決定する。

専門医への受診やセカンドオピニオンを得るには原則「主治医」からの紹介とするが、プライマリケア医と専門医の連携は各々の機能分化に大変重要であり、生活習慣病を中心とした連携パスが作成され、継続診療に生かされるべきである。

##### ●プライマリケア医などの専門医資格と研修制度

「主治医制」の導入に際しては、医療提供体制におけるプライマリケア医の位置づけを明確にし、その資格制度と教育体制の確立を図るべきである。

プライマリケア医を専門医の一つに位置づけ、卒後研修の後に総合診療科または小児科、内科および広く外科系の研修を受け、その後認定試験を受けて資格を得るという制度を提唱する。

各科の専門医に関しても、さらに数年間の研修プログラム終了後に試験によって認定される制度とすべきであり、その際、「専門医認定協議会」によって

高いレベルの基準が作成されるべきと考える。また、各資格とも数年ごとに更新するシステムとすべきであろう。

##### ●在宅医療のあり方

訪問看護ステーションを中心とした従来の在宅医療においては、対象は、医学的に比較的軽症の慢性疾患患者に限られていた。今後は、より医療密度の高い患者、終末期の患者に対する在宅医療の仕組みが整備される必要がある。

そのためには、

①医師、看護師、ケアマネジャー、コメディカルなどのチームを主体としたものであること、

②地域の病院あるいは24時間対応が可能な診療所が医療提供主体となること、

③医師、看護師などの教育プログラムで在宅医療を取り入れること、が望ましい。

これらに対応した在宅医療の提供には中小規模の病院が積極的に関わり、診療所との連携を図ることが重要である。

##### (2) 入院機能のあり方

入院機能については、急性期から慢性期医療まで一貫した医療が受けられる制度設計が望ましい。しかし、医療従事者不足と中小病院の多い日本の医療提供体制の特徴から、安全と効率性確保のためには医療度にあわせた人的資源の集中化が必要であり、病期別の機能分化を図ることが適当である。

##### ●急性期入院医療のあり方

急性期入院医療は、疾病や外傷など急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪に対する治療を目的とし、医師・看護師・薬剤師・リハビリテーション専門職員等が中心となって、一定程度の改善をみせるまでの期間に提供される医療である。

救急医療や密度の高い医療を提供するために、最新の機器や設備の導入、医療法の標準数を上回る医師や看護師の配置を行うなどの環境整備が求められる。

各部門の必要職員数算出はケースミックスに従うべきであり、病院全体や病棟毎の医療度や看護度を参考にするとともに、医療安全の視点も勘案して行われるべきである。

主な急性疾患には、ガイドラインや各施設の診療指針に従ったクリニカルパスを積極的に利用した診断・治療が求められ、DPCにもとづく包括払い方式で示される各疾患の標準的在院日数(入院期間Ⅱ)以内で終了するような努力が必要である。

標準的診療計画は定期的に検討し、他施設との比較も行って目標達成度を評価すべきである。診療情報の管理のためにICD(国際疾病分類)にもとづく病名・処置のコーディング、SOAP方式などによる記録や退院時サマリーの記載など、一定のルールに従った診療録を作成すべきであり、そのためにはIT化された専門部署の設置が望まれる。

重大な医療事故のほとんどは急性期医療の場で発生しており、医療安全を確保する具体的な行動が取られるべきである。

##### ●亜急性期入院医療のあり方

亜急性期入院医療は、「急性期医療以降の状態が固定していない(回復もしくは増悪の状態にある)患者」に対して提供される医療である。

現行制度においては、亜急性期入院医療管理料を算定している病床と回復期リハビリテーション病棟が該当すると

考えられるが、その他の一般病床にも多くの亜急性期患者が入院しており、現状は、急性期から亜急性期を経て在宅復帰に向かう“post acute”患者が中心になっている。

全日病が提唱する「地域一般病棟」は、地域医療における急性期病棟(病院)との連携、在宅医療・介護施設等の後方支援などを行う地域ネットワーク機能を主体とした病棟種別である。

急性期以降の患者に加えて、軽度～中等度の急性疾患、慢性疾患の急性増悪等“sub acute”患者の受け入れに対応することも想定される。

今後、急性期入院医療の機能が明確化し、DPC対象病院の増加が進むに伴って、「地域一般病棟」の需要が増大すると考えられる。各地域で中小規模病院が積極的に参加するようになれば、地域に密着した効率的な医療提供がより可能となる。

##### ●慢性期入院医療のあり方

本報告書2004年版で、「医療療養病床と介護保険3施設は機能分化が曖昧であり、実際の患者(利用者)の状態像の差異は明確ではない。国民に理解しやすく円滑な運営に寄与する制度として、長期入院(入所)施設を療養病棟と介護保険施設に区分して考えることが現実的である」と提言した。

療養病棟の機能は、長期にわたって入院医療を要する慢性期患者の入院を中心にすべきであり、介護が主体の利用者は介護保険施設あるいは居宅療養に移行される必要がある。

2006年4月の診療報酬改定では、医療区分、ADL、認知機能障害を用いた患者分類方法(マトリックス方式)が採用された。同時に、介護療養病床の廃止と療養病床の再編が決定され、医療療養病床の居宅系サービスへの転換を促す点数の設定がなされた。

療養病床の診療報酬にケースミックス分類が利用されることは理にかなっている。しかし、その点数設定は、実態把握を目的とした調査結果を反映したものとはなっていない。

今後は、慢性期病棟のあり方を明らかにした上で、慢性期入院医療の実態や診療報酬に関する調査と検証を十分に行い、効率的で国民に分かりやすい制度にしていくことが求められる。

##### (3) 地域における医療提供体制の確立と連携

高齢化とともに根治を期待することが困難な慢性疾患が増加しており、病態に応じて多様なサービスが複数の医療機関により提供される必要がある。そのためには急性期から慢性期医療、在宅医療および介護に至る継続的ケア(Continuum Care)を行う必要があり、各医療機関には、相互に密な連携をとることが求められている。

施設・人員配置や業務に関する情報を類型化した上で、ITなどを利用して公開すべきである。

このような情報は、患者についてばかりではなく、地域における医療提供体制を評価し、「医療計画」などの政策を立案する上でも重要である。

継続的ケアにはケア・コーディネーションの機能が不可欠である。急性期から治療チームの一員として深く関わり、患者や家族および他医療機関・介護事業所等との調整を行う、連携のキーパーソンとなる「ケア・コーディネーター」ともいべき職種の養成が求められる。

れる。

2008年に始まる医療計画には「日常医療圏」ごとに診療ネットワークを構築する構想が示されているが、その前提となる施設ごとの機能明確化に関しては、地域特性を十分考慮した対応が求められる。

地域における健康状況調査を踏まえた計画にもとづいた医療提供が義務づけられ、その計画は住民にも示される予定である。各医療圏における診療機能の整備状況によって、優先して確保すべき医療資源が明確となり、より実態に即した医療圏の再設定が可能となるものと期待される。

##### \*「ケア・コーディネーター」

入院時から長期療養が予測される患者のケア計画に積極的に参加し、患者・家族の要望も汲み取り、転院、転所、在宅療養、介護などに係わる諸問題を調整する役割を担う。現状のMSWやケアマネジャーに比べ、疾病発症直後から患者と係わりを持ち、より広く深く関与をする職種である。

#### (4) 医療法人制度改革と今後の資金調達方法

##### ●医療法人制度改革 (省略)

##### ●今後の資金調達方法と格付け機関の出現

わが国の病院は、必要資金の多くを銀行から借り入れる間接金融に依存してきた。

最近、徐々にではあるが、病院においても様々な資金調達方法が検討され、地域医療振興債の発行、医療機関債の発行、診療報酬債権の流動化、医療施設の流動化、シンジケート・ローンの設定等が行われ始めている。

多様な資金調達や理事長による個人保証の解除を実現するには、健全経営に努めるだけでなく、経営の透明性確保と説明責任の履行が不可欠である。そのためには、医療法人会計基準の導入、監査・開示制度の制定、債務弁済能力の第三者評価、経営のデータ整備等が必要である。

医療機関を対象とした格付け機関が出現しているが、組織や医療の質は問われず単に返済能力のみの評価となっている。また、格付けが資金調達の多様化と直接関係しておらず、実効性を有していない。

実態を反映した合理的な基準の確立、資金調達にあたって取引費用の軽減をもたらすような仕組みづくりが必要である。

#### 3. 診療報酬体系のあり方

診療報酬は、質の確保と医療安全を促進し、標準的治療に必要なコストを反映し、また、望ましい医療の実現に寄与するものでなければならない。同時に、診療報酬決定の根拠を導く実態調査を含む、決定過程のすべてに透明性が確保されなければならない。

現状では、頻回の診療報酬改定に対応するための調査が不十分である上、調査結果を制度に反映させるための仕組みが整備されておらず、さらに、国民に調査内容を公開するなどの透明性が確保されていないといった問題点が指摘される。

医療費は基本的に、受療率、受療1回当たり医療行為の量、医療行為の単価および管理費用から決まるものであり、全日病は、この原則に沿った診療報酬体系として、以下の諸条件を満た

# 地域医療機関と都道府県の連絡協議の場創設を提案

## 入院医療時の介護と介護施設入所時の医療。各々“二本立て”の報酬が望ましい

すものが望ましいと主張してきた。

- ①医療の質や医療の安全を高めることに寄与する
- ②医療の過剰・過小を排し、効率的な医療提供に寄与する
- ③疾病別の特性を十分加味し、かつ、病期別対応もなされる
- ④重症度、看護度、介護度を反映する
- ⑤診療に係る各職種の技術料と診療材料費・薬品費などを含めたランニングコストと建物の初期投資や維持管理を評価するキャピタルコストを各々反映する
- ⑥各医療行為の費用データにもとづいている
- ⑦外来機能ではプライマリケア、専門性の各々が評価される
- ⑧健康増進・予防に対する評価がされる
- ⑨事務処理が比較的容易である
- ⑩行政・医療機関などが予算を立てることが容易である
- ⑪医療を担うものの努力を正当に評価する
- ⑫新しい技術の評価が毎年行われる

基本的には、急性病変のように病態が不安定な時期には出来高ないしは疾患別・重症度別包括支払いが、病状の安定した時期には状態に応じた包括支払いが、公平かつ効率的な支払方式であるとする。

外来医療においては、

- ①プライマリケアに対しては「主治医制」の任務を考慮する
- ②予防・健康管理については人頭払いとする
- ③急性・救急疾患については出来高払いとする
- ④慢性疾患については包括払いとする
- ⑤「専門医」については、資格制度確立の後にこれに見合うドクターフィーを創設し、出来高払いとする

入院医療に関しては、

- ①きわめて高度な医療の提供を行う高度医療病棟は個別対応とする
- ②一般的な急性期疾患を対象とする急性期病棟は疾患別重症度別包括支払い方式とする
- ③軽症急性期患者や地域のネットワーク機能、急性期病棟からの受け入れを行う地域一般病棟は疾患別重症度別および状態別包括支払い方式とする
- ④回復期リハビリ病棟および療養病棟は状態別支払い方式とする

現在、急性期医療にDPCによる包括支払い方式が導入され、多くの施設が対象となってきたが、依然として出来高払い方式が存在している。成功報酬の意味合いが強い包括支払い方式への統一が望まれる。

諸外国においては「質に基づく支払い」が検討され、一部導入されつつある。これについても導入を前提に検討が行われる必要がある。

要介護者に対する医療需要が増大してきている。入院に伴って提供される介護の部分に関しては、介護保険による評価も検討されてしかるべきであろう。

### 第4章 介護提供のあり方と介護報酬

#### 1. 介護保険制度

- (1) 介護保険制度の創設 (省略)
- (2) 介護提供の実態 (省略)
- (3) 介護保険制度改正と療養病床の見直し

高齢化の下、介護保険についても給付費は増加をたどりつつある。そこで

政府は、介護提供を適正化する目的で介護保険制度の見直しを行った。

その主たる内容は、介護保険施設利用者を対象とした居住費・食費負担の導入(2005年10月)と介護保険の予防重視型システムへの転換(2006年4月)である。

後者は、要介護高齢者の増加抑止と悪化防止を目的とした「新予防給付」および市町村が予防メニューを実施する「地域支援事業」からなり、これに伴って、介護区分の見直しや「総合的介護予防システムの導入」等が行われた。

これらは、施設利用者についても、急増する要支援・要介護1についても、給付費の抑制を具体的に図るために実施されたものである。

しかし、「新予防給付」については、その有効性が必ずしも実証されたものでないにも関わらず十分な検討を経ることなく制度化されたこと、また、認定要件の実質的な強化にともない必要な介護サービスを受けることができない高齢者が出現することが、問題として指摘される。

介護保険の制度改正はこれにとどまらず、2006年6月に成立した「健保法等一部改正法」によって、2012年までに介護療養型医療施設を廃止するなど介護保険法の一部改正を行うと共に、その附則にしたがって、介護保険施設のあり方および入所者に対する医療提供のあり方を見直しに着手することも決った。

#### (4) 介護保険制度の問題点

介護提供に関しては、施設介護・居宅介護のいずれも地域格差が解消されておらず、一定の質の保障という面からも問題を抱えている。また、要介護者が急変した場合の医療提供や、終末期の対応における本人・家族に対する説明と同意なども各施設で対応が異なる。行政と関係団体は、介護提供の質と量の格差解消に努力すべきである。

利用者の立場からは情報開示と負担などに問題がある。各施設がもつ機能の情報提供が不十分なために適切な施設選択が難しく、IT化による統一した情報収集・発信システムの構築が急がれる。

「介護サービス情報公開」として第三者による訪問調査の実施が決ったが、現行の制度は調査認定施設基準の曖昧さや料金設定など実効性に問題があり、再検討すべきである。

利用者負担は世帯所得にもとづいて決定されるため、その軽減を目的として世帯分離という手法をとらざるを得ない場合もある。保険料は個人別徴収にもかかわらず、所得区分は世帯別という制度矛盾の解消が望まれる。

療養病床再編の下、転換に伴う新たな資金や施設・運営基準への対応から施設運営が危機に陥ることが懸念される。長期療養・介護施設の将来的な不足を考えると、いたずらな施設廃止が生じないよう基準適用の取り扱いに関して柔軟な措置が求められる。

介護要員不足は、今後、ますます深刻化することが予測される。介護を担うマンパワーを広く求める方策として、介護休暇制度の導入促進、学生の単位習得時の介護援助必須化、移民の受け入れ、外国人の就労拡大政策等を積極的に検討すべきである。

要介護者の増加や重度要介護者の増加により、介護給付費の急速な増加が見込まれており、将来財源不足が問題となるであろう。公的財源でまかなう

べき基本的な部分と利用者負担でまかなうべき付加的部分の明確化、消費税の目的税化による財源確保などが検討されるべきである。

#### 2. 介護提供のあり方

介護提供は、疾病や加齢に伴う身体機能・精神機能の低下に対する「生活支援」として行われ、個人の尊厳を護り、個人個人の希望に沿う人生を全うさせることが目的である。

高齢者の終の棲家や要介護者の住まいをどうするのかという観点からも、介護提供のあり方を見直す必要がある。

第3期に入った「介護保険事業支援計画」と「医療計画」との整合性を図りながら、質と効率の良いサービス提供を行うために、「ケア・コーディネーター」を核にした医療・介護の一貫した継続的ケアシステムを構築すべきである。

##### (1) 居宅介護のあり方

多くの要介護者の望む居宅サービスを介護提供の基本とすべきであるが、要介護者の重度化に伴って家族の負担も増加している。

したがって、小規模多機能施設での柔軟な対応を中心に、入所施設へのショートステイ、ミドルステイの確保、ナイトケアの対応を含めた24時間体制のケアの確保など、居宅介護支援のための制度整備をより一層進めるべきである。

##### (2) 施設介護のあり方

家族との交流を考慮して住家に近い地域内でのサービス提供が可能となるよう、グループホームの他に小規模多機能型においても、生活が可能となるように基準をより柔軟なものとするべきである。

利用者実態からは介護保険3施設の明確な機能区分はなされておらず、施設を単位とした区分を想定することは实际的でない。

既存の3施設類型を一元化した上で、地域の状況に応じて、フロアや部屋等を単位として、居宅復帰、ショートステイ・ミドルステイ、長期入所機能など、各施設が可能な介護サービスを選択し、その種別を利用者に明確にして対応すべきである。

高齢社会の進展と共に、医療と介護の連続性、医療・介護の同時対応が必要となってきた。介護施設は生活の場であり、医療・看護・リハビリテーションなどは付加的な機能として位置づけられ、それぞれの機能に応じた報酬は医療保険より支払われるべきである。

緊急時には、提携医療機関や在宅療養支援診療所が対応できる仕組みが必要である。また、常時医療が必要になった場合には、医療必要度指標の判断にしたがって療養病床に入院させるべきである。

#### 3. 介護報酬体系のあり方

介護に係わる費用は、サービスの内容、時間などを十分吟味し、原価計算による科学的根拠にもとづいて決められる必要がある。

介護報酬体系としては、以下の条件を満たすものが望ましい。

- ①要介護度を反映する
- ②アウトカム評価など介護者の努力を正当に評価する
- ③介護の質や安全を高めることに寄与する
- ④効率的な介護提供に寄与する
- ⑤介護に係る各職種の技術料と材料費などを含めたランニングコストと建物

の初期投資や維持管理を評価するキャピタルコストを、各々反映する

- ⑥居宅サービスについては訪問・送迎等に要する時間も評価する
- ⑦介護行為の費用データにもとづいている
- ⑧再生産など中長期的運営に配慮した内容である
- ⑨行政・介護サービス提供事業者などにとって予算を立てることが容易である

#### 第5章 終末期医療のあり方

終末期医療、安楽死に関しては多くの問題があり、医療現場においても混乱を生じている。

性急に法制化を主張する向きもあるが、むしろ論点の整理、国民の意識などを基に、医療界主導の下に合意形成がなされ、ガイドラインとしてまとめられる必要がある。

また、生と死についての教育(death education)のあり方も併せて検討されるべきである。

#### 第6章 今後の医療・介護制度に対する提言

全日病は、行政とその関係機関、病院団体、医療関連職能団体、会員病院ならびに医療・介護サービス提供機関に対して以下の提言を行うとともに、全日病自ら、その実現に努める。

##### 1. 医療・介護機能の分化と連携の促進

医療・介護とも、より一層の機能分化と連携を実現するために、本報告書に表わした施策等を適切に推進し、質の高い、効率的な継続的ケアを提供する体制を整備するべきである。

##### 2. 質重視の組織づくり

医療・介護とも、提供者は、質の向上、情報開示・提供、安全の確保を可能とする、質の高い経営組織の確立につとめるべきである。

##### 3. 医療安全の確保・医療事故処理のための第三者機関の設置

医療安全の確保・医療事故処理のための第三者機関設置に向け、関係者は協同して取り組むべきである。

##### 4. 終末期医療のあり方に関する国民的議論づくり

終末期医療のあり方については国民的合意が不可欠である。そのために、議論する場の確保とその内容および終末期医療に関する情報提供が適切に行われるよう、関係者あげて取り組むべきである。

##### 5. 望ましい医療提供体制の構築と適切な診療報酬体系の実現

質の確保と医療安全を支え、かつ、地域住民のニーズに応える医療提供体制の構築を促すとともに、標準的治療に必要なコストを反映した診療報酬体系を設計し、実現するよう関係者は努力すべきである。

##### 6. 医療提供体制と医療保険制度について調査・分析・検討を行う常設組織(シンクタンク)の設置

医療提供のあり方は、疾病構造の変化、人口構成など社会的背景を勘案して国民に納得できる内容へ常に改めていく必要がある。関係者は協同して、医療提供体制および医療保険制度について調査・分析・検討する常設組織(シンクタンク)を設置するべきである。



# 亜急性期は“sub acute”にも対応すべき—「地域一般病棟」需要が増大

## 病院のあり方 報酬で「質」を評価。その導入に向けた検討が必要

「病院のあり方に関する報告書 2006年版(要約)」の概要解説 病院のあり方委員会委員長 徳田禎久 第8回常任理事会 11月2日 ※1面記事を参照

「2006年版」の構成で「2004年版」から大きく変わったのは、医療提供体制と医療保険(診療報酬)の各論述を一体化したこと、独立章として「終末期医療のあり方」を設けた点である。

「第1章 病院の基本的あり方」において、「2004年版」で取り上げた医療基本法制定の提言は、「2006年版」からは外した。医療提供の理念に関する考え方は、今後も主張していきたい。

患者満足を得るためには職員満足の獲得が不可欠という考え方に立って、人事労務管理について、教育研修と連携した人材育成制度の構築が必要という視点を新たに取上げている。

「第2章 医療の質向上」は概ね、「2004年版」の内容を踏襲している。ここに、個人情報保護法にかかわる見解や会員病院に対する支援活動の内容を新たに盛り込んだ。また、「医療の質の評価」では、当協会が進めているアウトカム評価事業について詳しく紹介した。

「第3章 医療提供のあり方と診療報酬」では、まず、今日に至る医療提供体制の推移を整理し、今回の医療制度改革の内容を概括した。

今回の医療制度改革については、「医療給付費削減が優先され、その他の事項は二義的な役割が与えられた感があり、問題である」という評価を明確にした。

また、今回の改革で打ち出された都道府県の責任強化については、「都道府県の役割を明確にしたことは評価されるが、医療分野の政策立案の経験が乏しいことから、担当職員に対する教育研修を実施し、地域の医療機関と都道府県との連絡協議の場を創設することが必要である」という見解を明らかにし、かつ、「全日病はこれらの活動を支援する」と書き込んだ。今後、全日病の活動として取り組んでいきたい。

第5次医療法改正については、その内容を紹介するとともに、これに関する行政の責任とともに医療提供者である我々の取るべき態度を明確にした。

「(1) 外来機能のあり方」に関する論旨に大きな変更はないが、「プライマリケア医などの専門医資格と研修制度」について詳しく論じ、専門医資格に関して提言を行なった。

具体的には、①プライマリケア医を専門医の1つに位置づける、②卒後研修の後に総合診療科または小児科、内科、広く外科系の研修を受け、その後認定試験を受けて資格を得る制度を設ける、③その他の各科専門医に関しても、さらに数年間の研修終了後に試験で認定する制度とすべき、④各資格

とも数年ごとに更新するシステムとすべき、という内容である。

「外来機能のあり方」で、在宅医療に関して具体的な提言を行なった。「従来の在宅医療は医学的に比較的軽症の慢性疾患患者に限られていた。今後は、より医療密度の高い患者、終末期の患者に対する在宅医療の仕組みが整備される必要がある」というのが主旨である。

具体的には、①医師、看護師、ケアマネジャーなどチームを主体とする、②地域の病院または24時間対応が可能な診療所を主体とする、③医師、看護師などの教育プログラムに在宅医療を取り入れることとし、「これらに対応した在宅医療の提供には中小規模の病院が積極的に関わり、診療所との連携を図ることが重要である」と提起した。

「(2) 入院機能のあり方」は、急性期、亜急性期、慢性期に整理して論じた。

「急性期入院医療のあり方」については、「医療法の標準数を上回る医師や看護師の配置を行うなどの環境整備が求められる」とした。しかし、実際の必要職員数算出はケースミックスに従うべきであり、その際に「病院全体や病棟毎の医療度や看護度を参考にする」とともに、医療安全の視点も勘案して行われるべきである」という“注釈”を書き込んだ。

主な急性疾患に対してはガイドラインやクリニカルパスを用いること、DPC包括評価については各疾患の標準的在院日数(入院期間Ⅱ)以内で終了するよう努めること、標準的診療計画は他施設との比較からも目標達成度を評価すべきこと、ICDにもとづくコーディング、SOAP方式などによる記録や退院時サマリーなど一定のルールに従った診療録を作成すべきことを、あらためて提言している。

亜急性期については、今回、「急性期医療以降の状態が固定していない(回復もしくは増悪の状態にある)患者に提供される医療」と定義した。しかし、現状は、「急性期から亜急性期を経て在宅復帰に向かう“post acute”の患者が中心」になっている。今後は、「軽度～中等度の急性疾患、慢性疾患の急性増悪等“sub acute”患者の受け入れに対応する」ことも想定されるべきである。

そのためには、我々が提唱してきた「地域一般病棟」の導入が必要となる。今後、DPC対象病院の増加が進むにつれ、「地域一般病棟」の需要はますます増大すると考える。

「慢性期入院医療のあり方」については、「2004年版」の考え方を継承し、「長

期にわたって入院医療を要する慢性期患者の入院を中心にすべきであり、介護が主体の利用者は介護保険施設あるいは居宅療養に移行される必要がある」と整理した。

療養病棟における医療区分の導入は大きな問題となっている。我々は「2006年版」において、区分自体には賛成であるが、設定された点数には非常に大きな問題があるという見解を表わした。

「(3) 地域における医療提供体制の確立と連携」において、新たに、ケア・コーディネーターの役割を提唱した。急性期、慢性期、在宅そして介護に至る継続的ケアにはケア・コーディネーションの機能が不可欠であり、その機能を果たす職種の養成が求められている。急性期医療からチームの一員として、発症の当初から患者・家族と係りをもって、より広く深く関与するという点で現在のMSWとは異なる。

今回医療法人制度改革が行なわれたことから、それを踏まえた「今後の資金調達方法」に触れ、地域医療振興債の発行、医療機関債の発行、診療報酬債権の流動化、医療施設の流動化、シンジケート・ローンの設定等について詳しく解説している。

理事長による個人保証をなくすためには健全経営に加えて経営と財務の透明化が必要であり、そのための方策を論じている。さらに、病院の格付けにも言及し、問題点と課題を整理した。

資金調達のところは、本篇で公私格差の問題も組上にあげ、より詳細な展開を行なう予定である。

「3.診療報酬体系のあり方」の内容は「2004年版」と特段変わりはない。しかし、06年度改定においても様々な問題が指摘されたことから、前文で、コストにもとづいた診療報酬とするために十分な調査を実施し、その結果を国民に公表するとともに診療報酬に反映させる仕組みを整備すること、さらに、決定過程における透明性を確保すること、あらためて提起した。

入院医療に関する診療報酬については、緩和ケア病棟の評価を「2004年版」で取り上げたが、今回は、在宅での対応が増えたことから病棟については廃止するという考えを打ち出した。

DPCによる包括評価に関しては、対象病院以外に残っている出来高払いを包括払いへと変えることを提起した。また、諸外国の一部で報酬の中で質を評価することが導入されており、その導入に向けた検討の必要を提起した。

なお、入院医療において要介護者には介護が提供されている。この部分を

介護保険で評価すべきではないかと提言している。この点は、介護において医療が必要な場合には、やはり医療保険で対応すべしというように二本立ての考え方を示していることと対応している。

「第4章 介護提供のあり方と介護報酬」は療養病床再編の問題もあり、論述を詳細にした。

「(4) 介護保険制度の問題点」としては、地域格差、質、要介護者が急変した場合の医療提供あるいは終末期の対応、介護要員の不足、利用者負担にかかわる世帯分離の問題を取り上げた。

また、療養病床再編によって施設運営に危機が生じないように、基準適用の取り扱いに柔軟な措置を求めた。

さらに、公的財源でまかなうべき基本的部分と利用者負担でまかなうべき付加的部分の明確化、消費税の目的税化による財源確保なども検討が必要であると提言した。

なお、「介護サービス情報公開」として第三者による訪問調査が開始したが、その制度内容には非常に問題があるために再検討すべきであると主張している。

「2.介護提供のあり方」の内容は「2004年版」と大きく変わっていないが、施設介護に関して、「高齢社会の進展と共に、医療と介護の連続性、医療・介護の同時対応が必要となってきた。

介護施設は生活の場であり、医療・看護・リハなどは付加的な機能として位置づけられ、それぞれの機能に応じた報酬は医療保険より支払われるべきである。緊急時には、提携医療機関や在宅療養支援診療所が対応できる仕組みが必要である。また、常時医療が必要になった場合には、医療必要度指標の判断にしたがって療養病棟に入院させるべきである」という提言を行なった。

このくだりは色々議論が分かれる部分であり、実際、委員会としても議論に時間を割いた。

「3.介護報酬体系のあり方」は今回初めて論じたもので、前述「3.診療報酬体系のあり方」に対応している。

「第5章 終末期医療のあり方」は要約版に十分な書き込みができなかった。本日の常任理事会に報告される調査結果を踏まえ、各位のご意見も取り入れながら、とりまとめたい。

「第6章 今後の医療・介護制度に対する提言」では、今回、「医療提供体制と医療保険制度について調査・分析・検討を行う常設組織(シンクタンク)の設置」を詳細に論述した。

(7面下段より続く)

6条の3第6項に基づき、医療機関の開設者に、管理者をして報告又は報告内容の是正を行わせることを命ずることができる。

### (3) 医療機能情報の公表手続

#### ②医療機能情報の公表方法

・都道府県知事は、原則としてインターネットによって医療機能情報を公表する。

・都道府県知事は、インターネットと併せて、都道府県担当部署や医療安全支援センター等において、紙媒体又は備え付けの端末等を使って公表するものとする。また、電話による医療機能情報に関する照会への対応等、独自の取組を行うことも差し支えない。

#### (4) 医療機能情報の集約

##### ①国への報告

・都道府県知事は、報告を受けた医療機能情報を2次医療圏毎に集計し、毎年1回厚生労働大臣に報告しなければならない。

##### (5) 医療機関による情報提供

・医療機関は、都道府県知事へ報告した事項を当該医療機関で閲覧に供しなければならない。その際、書面に代えて電子媒体で情報提供することができるものとする。

・医療機関がこれらの提供を行っていない場合には、都道府県知事は提供するよう指導することができる。

・また、医療機関においても、自らの医療機能情報に関する相談・照会等に適切に対応するよう努めるとともに、身近なかかりつけ医においても、患者から他医療機関に対する相談・質問等があった場合は適切に対応するよう努める。

##### (6) 経過措置等

・本制度は2007年4月1日より施行されるが、07年度中に、医療機関の名称、開設者、所在地、電話番号、

診療科目、診療日、診療時間、病床種別及び届出・許可病床数の基幹情報について公表することとする。公表方法については、インターネットによる検索機能を有するシステムで公表するよう努めることとする。

別に定める情報の全てを公表できる、インターネットによる検索機能を有するシステムは、08年度中に運用が開始されるよう、各都道府県はシステムの整備を行う。

なお、この場合にも、別に定める全情報については、07年度中に医療機関による報告を開始する。

・医療機関が報告する医療機能情報は、今後必要に応じ、段階的に項目を見直す。

特に、医療機関の治療結果等のアウトカム情報については、一定の病院についてデータを収集し、さらに、医療の質の向上、アウトカム情報の信頼性の向上を図るための取り組みを進め、公表可能な項目の追加を図る。

# アウトカム情報は分析と外部提供の有無について公表



## 病院のアウトカム評価事業を研究。臨床指標ごとに医療機能情報に採用

2008年4月に施行される「医療機能情報公表制度」は、単に、都道府県に“一定の情報”を報告するだけでなく、各医療機関に、自院情報に関する相談・照会等への対応というサービスを求めている。

厚生省は、“一定の情報”が、「身近なかかりつけ医」が患者紹介を行なう際に活用されることを期待している。(1面記事を参照)

10月31日の検討会に示された案では、「特別の療養環境の提供」の項目は「室料差額」のみに整理されていたが、これでは保険外併用の内容が不明すぎるという意見が出され、少なくとも「初再診にかかわる特別徴収の有無・金額」程度を追加する方向で調整を図ること

で合意した。

アウトカム情報に関しては、時期尚早とする意見に配慮して「アウトカム情報分析と提供の有無」という情報項目へと簡略化された。

関心のある人は、直接、当該病院に要求して、データ開示を受ければよいというわけだ。

ただし、同時に了承された「医療機能情報公表制度実施要領」の末尾には、「医療機関の治療結果等のアウトカム情報は、一定の病院についてデータを収集し、さらに、医療の質の向上、アウトカム情報の信頼性向上を図る取り組みを進め、公表可能な項目の追加を図る」と書き込まれた。

医政局総務課の担当官は、「アウトカ

ム情報については特定のグループで取り組んでいるものもある。そうした事例を勉強しながら、順次、とりあげてまいりたい」と述べ、「時期は特定できないが、エビデンスが明らかになった臨床指標ごとに、着実に“一定の情報”に組み込んでいく」考えを明らかにした。

医療機関は、都道府県が決める時点の情報を毎年定期的に、ペーパーもしくは電子媒体で報告する。2回目以降は前回調査票の修正・変更をもって報告すればよい。

ただし、病院名、開設者、住所・電話、病床数といった基幹情報の変更は、開設許可等事項の変更届出とは別に、直ちに報告しなければならない。

基幹情報以外の変更は定期報告の際でもよいが、都道府県の判断で随時報告となる場合もある。

報告義務を怠ったり、誤った報告を行なった医療機関は行政指導の対象となり、これに従わない場合や故意に虚偽報告を行うなど、悪質な場合は開設者に是正命令が出る。

都道府県に報告した情報内容について、各医療機関は自院で閲覧に供さなければならない。閲覧は電子媒体でも可能だ。

都道府県による医療機能情報公表制度は、各医療機関のHP掲載情報の“標準化”を促すとともに、メディアによる情報の2次利用も手強い、患者の医療機関選別を一挙に進める可能性がある。

### 医療機関に関する「一定の情報」(病院) 10月31日 医療情報の提供のあり方等に関する検討会 文中の\*は編集部による注釈

#### 1. 管理・運営・サービス・アメニティに関する事項

##### (1) 基本情報

1. 医療機関名称
  2. 医療機関の開設者
  3. 医療機関の管理者
  4. 医療機関の所在地
  5. 病床種別及び届出・許可病床数
  6. 診療科目(標榜科目)
  7. 併設している介護関係施設等 \*詳しくは別表で例示
- ##### (2) 病院へのアクセス
8. 医療機関への交通手段
  9. 医療機関保有の駐車場(駐車場の有無、駐車台数、有料・無料の別)
  10. 住民案内用電話番号・FAX番号(夜間・休日用電話番号がある場合はそれを含む)
  11. ホームページアドレス(HPを有する場合)
  12. 電子メールアドレス(アドレスを有する場合)
  13. 診療科目毎の診療日・休診日
  14. 診療科目毎の診療時間
  15. 診療科目毎の外来受付時間
  16. 予約診療実施の有無(診療科の別、初再診の別、予約用電話番号等)
  17. 時間外(休日夜間)における診察依頼に対する対応(①時間外の対応、②緊急時連絡先の患者への告知対応、③連携医療機関への電話転送対応)
  18. 面会できる曜日・時間
- ##### (3) 院内サービス・アメニティ
19. 医療相談に対する対応(窓口設置の有無、MSW等相談員の人数)
  20. 院内処方・院外処方の別
  21. 入院食の情報(①適時適温食の実施、②病床外の食事、③食の選択可能)
  22. 対応可能な外国語の種類
  23. 聴覚障害者に対する配慮(①手話対応、②画面表示対応)
  24. 視覚障害者に対する配慮(①音声表示、②院内点字

ブロック、③点字表示)

25. 車椅子利用者に対する配慮(バリアフリー構造)
  26. 院内売店等の情報(①院内売店、②外来者用食堂)
  27. 受動喫煙防止対策(①院内全面禁煙、②喫煙室の設置)
- ##### (4) 費用負担等
28. 医療保険・公費負担等の取扱い \*詳しくは別表で例示
  29. 特別の療養環境の提供(病室差額料=全病床に占める差額ベッドの数及びその金額) \*編集部注: この項については、10月31日の検討会で委員から指摘があり、200床以上病院における初再診の特別徴収額等「評価療養」の一定項目が追加される。
  30. 治験実施の有無及び契約件数(前年度)
  31. クレジットカード払いの可否

#### 2. 提供サービスや医療連携体制に関する事項

- ##### (1) 診療内容、提供保健・医療・介護サービス
32. 学会認定医・専門医の列記・人数 \*広告が可能な資格名に限る
  33. 保有する施設設備 \*詳しくは別表で例示
  34. 対応可能な疾患・治療内容 \*診療報酬所収項目
  35. 対応可能な短期滞在手術(日帰り手術、1泊2日入院手術) \*診療報酬所収項目
  36. 専門外来の有無及び内容(自由記載 \*文字数等の制限可)
  37. 健康診断、人間ドック、健康相談の実施有無と内容(自由記載 \*文字数等の制限可)
  38. 対応可能な予防接種 \*詳しくは別表で例示
  39. 対応可能な在宅医療(連携先医療機関の有無を含む) \*診療報酬所収項目
  40. 対応可能な介護保険サービス
  41. セカンド・オピニオン(SO)への対応(SOのための診療情報提供の可否と料金、SOとして診療を希望する患者受け入れの可否)
  42. 地域医療連携体制(窓口設置の有無、地域連携バ

3. 医療の実績、結果に関する事項
43. 地域の保健医療サービスまたは福祉サービス提供者との連携体制(窓口設置の有無)

##### 3. 医療の実績、結果に関する事項

44. 病院の人員配置(基本職種別の人数、外来担当数、病棟担当数)
45. 看護配置(入院基本料・病床別)
46. 法令に基づく義務以外の医療安全対策(相談窓口設置の有無、医療安全管理者の有無、医療安全管理部門の有無と部門の構成員と職種、医療事故情報収集等事業への参加の有無)
47. 法令に基づく義務以外の院内感染対策(院内感染対策を行う者の配置の有無と専任・専従・兼任別、院内感染対策部門の有無、院内での感染症の発症率に関する分析実施の有無)
48. クリティカルパス実施の有無(入院診療計画策定時における院内連携体制の有無)
49. 診療情報管理体制(オーダリングシステム導入の有無と導入状況=検査・処方・予約、ICDコード利用の有無、電子カルテシステム導入の有無、診療録管理専任従事者の有無と人数)
50. 情報開示体制(情報開示に関する窓口の有無)
51. 症例検討体制(臨床病理検討会の有無、予後不良症例に関する院内検討体制の有無)
52. 治療結果情報(死亡率・再入院率・疾患別治療行為別の平均在院日数等治療結果に関する分析の有無、前出に関する分析結果提供の有無)
53. 患者数(病床種別ごとの患者数・外来患者数・在宅患者数=前年度)
54. 平均在院日数(病床種別ごと=前年度)
55. 患者満足度調査(実施の有無、調査結果提供の有無)
56. 病院機能評価認定の有無

### 医療機能情報公表制度実施要領(概要) 10月31日 医療情報の提供のあり方等に関する検討会

#### 2. 情報の性格

本制度は、医療機関が自らの責任で医療機能情報を都道府県知事に報告し、都道府県知事は基本的に当該医療機能情報をそのまま公表するものである。医療機関は、提供する医療について正確かつ適切な情報を提供するとともに、住民・患者からの相談等に適切に応じるよう努めなければならない。また、医療機能情報に誤りがあった場合、当該医療機関は速やかにその訂正を申し出、都道府県知事は所要の是正措置を行う。

#### 3. 実施主体

都道府県を実施主体とする。

#### 4. 実施体制

##### (1) 都道府県における運営体制

・住民・患者からの医療機能情報に関する質問・相談及びそれに対する助言等は、医療安全支援センターを活用するなどの必要な措置を講じて、適切に行う。  
・都道府県が医療機能情報の質問・相談に応じ、助言等を行う場合には、新しい医療計画制度に基づく

事業毎の医療連携体制についての情報提供も行うことが適当である。

・情報の範囲は国で定める範囲を超えることを認めないものではなく、各都道府県が独自に、より積極的な情報の提供を行う場合には、その積極的な活用を図られたい。

##### (2) 医療機能情報の報告手続

###### ① 医療機能情報の報告時期

・医療機関の管理者は、毎年各都道府県が定める時点における情報の報告を当該都道府県知事に行う。

###### ② 医療機能情報の報告方法

・都道府県は、医療機関からの定期的な報告に際して調査票を医療機関に送付し、医療機関は、当該情報を調査票に記載し書面又は電子媒体で提出する。調査票の様式は各都道府県の任意とする。2回目以降の記入方法は前回調査票の修正・変更をもって行うことができる。

・医療機能情報の修正又は変更の報告については、ア 医療機関の名称、開設者、所在地、電話番号、診療科目、診療日、診療時間、病床種別及び届出・許可病床数は、修正又は変更があった時に、書面又は電子媒体で都道府県知事に対して報告を行わな

なければならない基幹情報とする。

なお、医療法第7条及び第8条に基づく開設許可等の事項の変更の届出については、本制度に基づく修正又は変更の報告とは別に行うものとする。

イ 基本情報以外の情報は年1回の定期的な報告で足りることとするが、都道府県独自の取組により、変更時の随時更新を認めることとしても差し支えない。

・なお、この要領で定めるもの以外の情報であっても、都道府県が独自の取組により収集し、公表することは差し支えない。

###### ③ 医療機能情報の確認

・都道府県知事は、確認が必要と認める場合には、保健所設置市・特別区等に、当該医療機関に関する必要な情報の提供を求めることができる。

・都道府県知事は、医療機関が報告を行わない場合や誤った報告と認める場合には、当該医療機関の開設者又は管理者に、適切な報告を行うよう指導することができる。

なお、上記指導に従わない場合や故意に虚偽の報告を行うなど悪質と認められる場合には、医療法第(6面下段に続く)



人間ドック研修会

# 「標準的な健診・保健指導プログラム」への課題を提示

## シンポ「療養病床削減について」療養病床「15万床」の根拠に疑問



### 特別企画 シンポジウム 糖尿病死亡率ワースト1返上をめざす徳島県

徳島県は13年間糖尿病死亡率全国1位という不名誉な記録を持つ。その、糖尿病制圧に向けた取り組みを、県医師会糖尿病対策班の島健二班長(川島病院名誉院長)が報告した。

制圧キャンペーンが3年前から始まった。糖尿病の恐さを啓蒙して健診受診を勧める(短期)、健診事後指導の徹底を図る(中期)、継続的運動環境の整備(長期)のほか、結果評価に踏み込んだ

新たな健診・保健事業を2008年度中に立ち上げる予定。

ユニークな報告は、徳島プリンスホテルの料理長と管理栄養士による「糖尿病レシピ」の紹介だ。和洋中で低塩・蛋白化が難しかったのは意外にも和食とのこと。糖尿病患者に安全かつ満足感を与えるメニュー作りを通じて地域への貢献を続けていきたい、と結んだ。

### 人間ドック研修会 新たな人間ドック・保健指導の方向性

昨年末の「医療制度改革大綱」で、2015年度までの生活習慣病患者を25%減(対08年度)とすることが政策目標とされた。

教育講演で、山門實三井記念病院総合健診センター所長は、08年度から保険者によって実施される、メタボリックシンドロームに特化した「標準的な

健診・保健指導プログラム」について解説した。

山門所長は、施行までにクリアすべき課題として以下の事案を挙げた。

①資格要件。「国が定める団体が実施する一定の研修の修了者」と定められた。②健診と保健指導の分離。「従来の人間ドックでは保険者に納得してもらえないケースも出る」と山門所長は指摘、新健診プログラムへの置き換え作業を促した。③健診の質。健診データはす

べて電子化されて厚生省に送られる。同省には既に5,800万人分のデータ集積があり、経年変化を付け合わせることで保健指導実績や健診精度管理の評価が容易になることから、人間ドック健診の質の問題が現実味を帯びてきた。

シンポジウムでは、高橋英孝昭和大学助教授が日本人間ドック学会の「基本問診票」について解説したほか、3名の専門家が、健診にかかわる技術的な解説を行なった。

### 医療従事者委員会 企画 コスト削減 価格交渉を成功させた具体的事例を報告

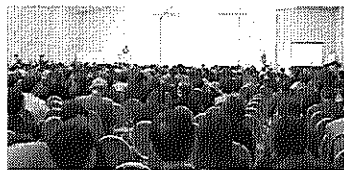
「病院事務長研修」と連動する本プログラムは、今年、「コスト削減」を取り上げ、人事考課と委託費に着目した削減策が語られた。

その後、2つの病院から、病院と業

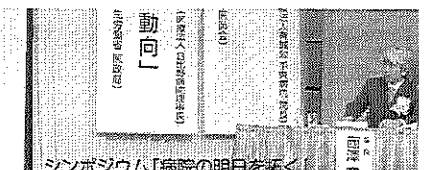
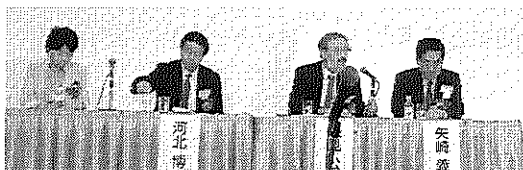
者間にある商習慣を見直して価格交渉を成功させた体験や薬品を中心にした価格交渉を可能にする戦術・戦略の成功事例が報告された。



▲開会式で挨拶する佐々会長、手塚学会長、唐澤日医会長(左から)



▼シンポジウム「療養病床削減について」



▼徳島から07年秋田へ学会旗が手渡された



### 7対1看護新設はまずかった?! シンポジウムI「病院の明日を拓く」

●赤穂市民病院邊見公雄院長の発言から(中医協委員=日病協推薦)

(7対1看護導入問題をどう思うかという会場質問に) 7対1看護の新設は日病協が要望した項目の1つだ。ただし、病棟単位を希望していたところ、

病院単位として使われてしまった。地方の中核的な自治体病院も看護師を引き抜かれ、旧2対1すらも危うくなっている。厚生省も、看護協会も早急に考えないと地域医療が空洞化する恐れがあり、心配している。

### とにかく6割を介護保険に移したい?! シンポジウムII「療養病床削減について」

●厚生労働省保険局神ノ田医療課長補佐の発言に疑問

厚生労働省に療養病床削減を問うかたちとなったシンポジウムIIでは、「医療療養病床15万床」の根拠をたずねるフロア質問が出た。

シンポジストの医療課神ノ田課長補佐は、「15万床は粗い目安に過ぎない。根拠は6割が在宅もしくは介護施設でみれるという判断にもとづいている」と説明した。

厚生労働省は医療療養が25万床から15万床になるという予測について、今年2月の時点で、「介護保険への転出14万床、介護保険からの転入4万床」という内訳を公表している。

しかし、最終的な区分が決まった2005年11月30日の中医協基本小委への報告によると、介護療養病床13万床

における区分2・3の合計は42.5%であることから5.5万床(転入)となり、一方、医療療養病床25万床について区分1は50.2%であるから12.5万床(転出)となり、この計算でゆくり限り医療療養は18万床と見込まれる。

神ノ田課長補佐は、さらに、「医療区分2の一部も現状の老健でみれているのではないかということから6割とした」と述べた。解が15万床となるには、療養病床全38万床に対して「1」の占める割合が60%ということになる。

前出05年11月30日の報告では、療養病床入院基本料および特殊疾患1・2入院患者の比率として「1」が50.2%であった。しかも、医療と介護各療養病床を合計した「1」の比率は47.4%にまで下がる。したがって「1」が「6割」ということは、12~13%相当を「2」から

見込むということの意味する。「6割」という数字は、実は、05年7月13日の基本小委に初めて報告した患者分類表にもとづく「1」の比率(64.0%)に近似している。

この案が基本小委で批判された後に医療区分は2転3転し、現在の50.2%で落ち着いた。

課長補佐の説明を真に受けると、粗

く「18万床」と予測されたはずの療養病床が「区分2の一部を組み込む」という裏技で下駄を履かされた結果「15万床」に化け、それが、1月から2月にかけて自民党に対する法案説明に使われ、了承を得た結果、その後、「既成事実化」しているようにも思える。

いぜんとして、根拠があいまいな「15万床」ではある。

### 中医協はいらない?! 特別講演III 討論会「明日の医療のために国は何をすべきか」

●後藤田正純衆議院議員の発言から(自民党)

現下の情勢は、患者と医師との関係において、あるいは政府による医療財源、医療資源の再配分のあり方として、今まさに岐路に立たされている。

これに加えて、医師会という組織のあり方や医療全般の意思決定プロセスについても、国民的議論を経て考え直さないとならない時期にきている。

一党独裁の中での自民党、族議員、医師会という三角関係に厚生省が加わり、隠れ蓑ともいべき中医協を使って、政治家、役人、医療団体が物事を決めてきたことは事実である。いいこともあったが、悪いこともあり、しっかりと反省しなければならない

までも申し上げてきた。私は、厚生労働部会幹部や日医執行部にも、「今後、自民党と医師会とは是々非々のおつきあいではなければならない」と申し上げた。

中医協はいらない、国会議員がすべてやろうという議論すら国会でさせていただいた。族議員によるボス交が横行しないように、しっかりとウオッチする必要がある。

国会では、今、いかに医療費を削るべきかが議論されている。そうではない、いかにあるべき医療をつくるか、そのためにどう財源を確保すべきかを話し合わなければならない。そういう観点で臨んで生きたい。

# 複雑な時代こそ、柔軟な発想を。資産管理の専門家が緻密なプランを構築します。

お医者様の皆様の本質的なニーズにお応えするために。プライベート・バンクだからできる、革新的ソリューション。

140年にもおよぶ日本での歴史、76の国と地域に9,500の拠点\*1をもつ、世界有数の金融グループHSBC。そして、日本において10周年を迎えたプライベート・バンキング部門。その幅広い専門知識と豊富なノウハウに支えられた柔軟な発想で、お客様の資産を次の時代へと引き継ぐ、たしかなステップをご提案しています。

香港上海銀行 プライベート・バンキング部  
〒103-0027 東京都中央区日本橋3丁目11番1号HSBCビルディング  
個別相談のお申し込み、お問い合わせは **0800-888-0006** (平日9:00~17:00)  
**pb.doctors.tky@hsbc.co.jp**

\*プライベート・バンキング本業のサービスをご享受いただくため、お預けいただく金額に基準がございます。詳しくはお問い合わせください。\*1:2005年3月現在